

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 202

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PELLERIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ANÉVRYSME DU CŒUR ET SYPHILIS

Président : M. MARCEL LABBÉ, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1922

208

THE DOCTOR'S

ADVICE

A SYSTEM OF

PHYSICS

THE DOCTOR'S

ADVICE

1822

202

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PELLERIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ANÉVRYSME DU CŒUR ET SYPHILIS

Président : M. MARCEL LABBÉ, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et guidé de ses conseils éclairés.

A TOUS NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

ANÉVRYSME DU CŒUR ET SYPHILIS

INTRODUCTION

Depuis longtemps déjà, on a insisté sur la nécessité de remonter à la cause des syndromes observés, de toujours rechercher quelle peut être la lésion cause de symptômes déterminés. Et cela pour instituer le traitement approprié, car l'on se contente de traiter le symptôme, on ne peut qu'atténuer ses effets momentanément ; pendant ce temps la maladie continue à évoluer, se manifestant par l'aggravation du symptôme et l'apparition d'un nouveau syndrome. En ne voulant embrasser qu'une partie du problème, le médecin se laisse déborder et rapidement sa thérapeutique devient impuissante.

Cette notion est surtout juste en ce qui concerne la syphilis dont le rôle en pathologie est immense. D'abord considérée comme une maladie locale, on a reconnu qu'elle pouvait se fixer sur presque tous les organes et y créer des lésions propres ; laissée à elle-même elle devient rapidement une maladie générale. De là l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic précoce. Intérêt d'autant plus grand que nous possédons contre elle une thérapeutique puissante, agissant surtout sur les lésions en évolution, agissant beaucoup moins sur les lésions cicatricielles scléreuses.

Cette notion trouve son application dans le cas de la syphilis cardiaque. Celle-ci, traitée à temps, a donné entre les mains de nombreux auteurs des cas de guérison manifestes, laissée à elle-même, elle aboutit à des lésions irrémédiables parmi lesquelles l'anévrysme pariétal du cœur que nous aurons particulièrement en vue dans cette étude.

CHAPITRE PREMIER

Rôle de la Syphilis dans la Pathologie du Cœur

Les auteurs sont en général peu d'accord sur la fréquence de la syphilis cardiaque ; cela tient comme l'a bien exprimé Cecikas à ce que « les affections syphilitiques du cœur sont facilement méconnues au début et à ce que, quand elles atteignent tout leur développement, elles sont attribuées à d'autres causes, l'artério-sclérose en particulier ».

Aussi sont-elles une acquisition relativement récente de la médecine. Ce sont les travaux de Virchow, de Fournier, de Thibierge, les thèse de Deguy, de Bricout (1912) qui ont révélé son importance.

On peut donner comme raison de ce retard, d'abord la latence fréquente de la syphilis cardiaque, la confusion facile avec l'artério-sclérose et aussi la difficulté de retrouver, dans les lésions le tréponème, soit par suite de sa rareté, soit, comme l'ont montré MM. Jacquet et Sézary, par suite de sa dégénérescence, empêchant la fixation des colorants.

Nous passerons d'abord en revue les troubles cardiaques provoqués par la syphilis et débiterons dans ce rapide examen par ce que Bricout a nommé : « le cœur syphilitique » ; il ne s'agit pas ici d'une localisation cardiaque de la syphilis mais des conséquences sur le cœur d'une lésion à distance du

système circulatoire. Ces troubles surviennent surtout soit au cours d'une artério-sclérose précoce, soit au cours d'une néphrite d'origine syphilitique, soit plus rarement au cours d'une syphilis du poumon. Les lésions consistent surtout en hypertrophie du ventricule gauche avec une hypertension marquée associée fréquemment à un syndrome d'angine de poitrine. Cette forme évolue vers la dilatation du cœur droit et l'asystolie.

Quelques faits exceptionnels montrent que la syphilis peut déterminer par sa localisation sur le péricarde une réaction aiguë analogue à celle qu'elle provoque sur d'autres séreuses. Très rares, de même, sont les gommes du péricarde.

Le plus fréquemment les péricardites syphilitiques sont secondaires à une lésion du muscle sous-jacent. C'est ainsi que l'on verra la péricardite sèche coïncider avec une gomme syphilitique, avec une myocardite interstitielle syphilitique ou bien encore avec un anévrysme et nous verrons ultérieurement que Rendu avait pensé que cette lésion péricardique pouvait jouer un rôle important dans la formation de l'anévrysme. Bien plus rarement une lésion médiastinale précède la péricardite. Chez l'enfant hérédosyphilitique la péricardite succède le plus souvent à la gomme ou à la myocardite. Hutinel, Nobécourt et Paiseau ont montré que la syphilis déterminerait une médiastinite aboutissant à l'asystolie par suite de la formation autour de la veine cave d'un épais manchon fibreux. Cette asystolie est à prédominance hépatique.

Nous passerons rapidement sur le chapitre de l'endocardite syphilitique, les auteurs sont d'accord

pour dire qu'elle est rare. Très souvent les faits que l'on observe ne sont que la conséquence pour l'endocarde de lésions du myocarde ou de l'extension à l'endocarde de lésions artérielles. L'insuffisance aortique est très souvent d'origine syphilitique, certaines statistiques donnent 70 o/o de Wassermann positifs.

Signalons enfin que la syphilis a été incriminée comme facteur de lésions mitrales congénitales et dans un certain nombre de malformations cardiaques.

Les gommès du myocarde sont des complications relativement fréquentes de la syphilis. Stockmann, donne dans une statistique, portant sur 90 cas, les sièges suivants : quarante fois sur le ventricule gauche, vingt fois sur le ventricule droit, vingt-deux fois sur le septum interventriculaire. Elles siègent beaucoup moins souvent sur le septum interauriculaire et les oreillettes. Les gommès peuvent laisser après elle une plaque cicatricielle capable de se laisser dilater ; plus souvent elles aboutissent à la rupture du cœur. Elles jouent un rôle important dans les diverses arythmies.

A côté des gommès, nous trouvons les myocardites diffuses produisant une dégénérescence rapide des fibres musculaires, soit une dégénérescence scléreuse.

Mais les lésions les plus intéressantes sont celles qui atteignent les artères coronaires, péri et endartérite oblitérante aboutissant à la nécrose des régions irriguées et constituant par là l'infarctus. Nous en arrivons ainsi à l'anévrysme pariétal du cœur qui nous occupera plus particulièrement.

CHAPITRE II

Données anatomiques et pathogéniques sur l'anévrysme pariétal du cœur

On a longuement confondu l'anévrysme pariétal du cœur et la dilatation cardiaque que l'on appelait anévrysme diffus. Ce n'est qu'au xix^e siècle qu'on les dissocia et en 1826, Breschet, à l'occasion du cas de Telma réunit dix cas d'anévrysmes rompus. Depuis cette époque les travaux se multiplièrent : Pelvet (1867), Rendu (1887), Odriozolla (1858), Bouisson (1889), Deguy (1900), René Marie (1895), enfin Bricout (1912) s'occupèrent de la question.

Anatomie pathologique. — Le plus souvent l'anévrysme pariétal est unique, et occupe le ventricule gauche et plus particulièrement la partie inférieure de ce ventricule. Il n'occupe qu'exceptionnellement les oreillettes.

Il y a en général une réaction péricardique au niveau de la poche, parfois même il y a symphyse.

La poche est petite, encombrée de caillots récents friables, tandis que les caillots qui tapissent ses parois sont fibrineux. Les parois mêmes de la poche sont extrêmement minces.

A l'examen microscopique, ces parois se montrent formées de placards scléreux avec travées fibreuses et fibres élastiques. Les artérioles de la région sont oblitérées, on distingue encore leur squelette élastique. En pratiquant une série de coupes transver-

sales, on découvre aussi l'oblitération de l'artère coronaire irriguant le territoire nécrosé.

L'endocarde et l'épicarde se montrent profondément altérés.

Etiologie. — L'anévrysme du cœur est une maladie de l'âge moyen et de la vieillesse, mais on l'observe aussi chez de jeunes sujets. Paillard en 1910, donne la statistique suivante :

40 à 50 ans	4 cas
50 à 60 —	6 —
60 à 70 —	7 —
70 à 80 —	4 —
Au-dessus de 80.	1 —

Strauch, en 1900, sur 51 cas trouve 3 cas de 20 à 30 ans, 3 de 30 à 40 ans, 9 entre 40 et 50, enfin 36 cas ont été observés chez des sujets de 50 à 80 ans.

Pathogénie. — La première explication de la formation de l'anévrysme a été donnée par Cruveilhier; pour lui l'anévrysme était une réaction inflammatoire due au travail exagéré du ventricule gauche. D'autres comme Bérard, Breschet, Pelvet, y voient la conséquence d'une endocardite produisant par voisinage une myocardite permettant la dilatation de la paroi, mais à l'encontre de cette hypothèse, l'examen microscopique montre souvent une réaction minime du myocarde au niveau d'une endocardite; cependant cette théorie peut expliquer certains cas. C'est ainsi que Ménétrier et Pascano, ont observé le cas d'un anévrysme s'ouvrant à la fois dans le ventricule gauche et le nid valvulaire aortique. Il y avait en plus thrombose récente de l'artère coronaire

antérieure. Ce cas fut observé chez une jeune femme atteinte d'infection puerpérale, et suivant MM. Ménétrier et Pascano, on pouvait attribuer l'anévrisme à l'endocardite préexistante et expliquer la thrombose coronarienne par la compression exercée par l'anévrisme.

Rendu, en 1887, a voulu voir dans l'anévrisme le résultat d'une symphyse du péricarde, qui, à chaque contraction exercerait une traction sur le myocarde et produirait finalement une dilatation. Il est certain que ce mécanisme peut expliquer quelques cas. Mais en général, la réaction péricardique est-elle la cause de l'anévrisme ou n'en est-elle que la conséquence ? De plus, comment expliquer les anévrysmes ne s'accompagnant pas de symphyse ? Comment expliquer qu'une symphyse totale aboutisse à une dilatation partielle en un point très limité ?

La plus récente et certainement la plus vraisemblable des théories est la théorie myocardique. Ce qui a frappé les auteurs est la présence presque constante des lésions des artères coronaires. En 1887, Odriozolla note la fréquence des lésions athéromateuses des artères coronaires, il les rencontre vingt-trois fois sur 25 cas et montre que le point de prédilection est à 2 ou 3 centimètres de l'origine des artères. René Marie, en 1896, montre que l'anévrisme se développe au niveau d'une plaque fibreuse succédant à un infarctus. Et ce dernier est facilement expliqué par la coronarite. René Marie a montré que les infarctus « sont les altérations régressives qui surviennent à la suite et comme conséquence directe de l'arrêt brusque de l'apport sanguin dans un territoire circonscrit du muscle cardiaque ». Bru-

net a présenté le cœur d'un sujet de 81 ans sur lequel on observait une plaque cicatricielle d'un infarctus ayant subi un commencement de dilatation.

Il nous reste à connaître la cause de cette artérite des coronaires. Il y a peu de temps encore, on pensait qu'il s'agissait d'artério-sclérose et on expliquait ainsi aussi bien les cas survenus chez de jeunes sujets que ceux observés chez les vieillards.

CHAPITRE III

Rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'anévrisme cardiaque

Ce n'est qu'en 1889, que Bouisson, à la Société anatomique émit le premier l'hypothèse que la syphilis pouvait être un facteur de l'anévrisme du cœur. Voici son observation :

Homme de 35 ans, garçon de cuisine, fut apporté à l'hôpital le 30 octobre 1889. Il était tombé et au moment de l'entrée était dans le coma avec hémiplegie et contracture à droite, déviation des yeux à gauche. Cet état persiste jusqu'au 17 octobre, date de la mort. On ne peut obtenir aucun renseignement. L'auscultation ne révèle qu'un peu de surdité des deux bruits.

A l'autopsie, on trouve un ramollissement hémorragique total de l'hémisphère gauche. Les artères de la base de l'encéphale présentent un athérome qui se continue jusque sur la sylvienne. Cet athérome est symétrique, mais nulle part le calibre n'est assez diminué pour produire l'oblitération complète du vaisseau.

Pas d'athérome sur la crosse de l'aorte et les autres vaisseaux, il en existe seulement sur la portion thoracique de

l'aorte descendante, en ce point, la tunique interne est soulevée par des nodules athéromateux variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 0 fr. 50.

Cœur. — Le cœur ne présente pas d'adhérence péricardique ; cependant sur la face antérieure, au-dessus de la pointe, il y a un aspect troublé de péricardite.

A ce niveau, la face antérieure elle-même est légèrement soulevée et au toucher, elle est dure et crétacée. Une coupe faite à ce niveau montre dans le cœur gauche, immédiatement sous la paroi antérieure au niveau indiqué, un polype du cœur constitué par un caillot avec ramollissement puriforme central. Le caillot adhère par sa partie inférieure à la paroi cardiaque et est du volume d'un gros marron d'Inde.

Ce caillot une fois enlevé, la paroi du cœur apparaît légèrement excavée, dure et crétacée et au milieu de l'excavation une coupe montre que l'épaisseur totale ne dépasse pas 1/2 centimètre.

La minceur de cette coque contraste avec l'hypertrophie musculaire considérable du reste du ventricule gauche. D'une façon générale, le cœur est en effet augmenté de volume et il est un peu gros.

La crosse de l'aorte ne présente que deux saillies grosses comme une tête d'épingle et nettement athéromateuses.

L'endocarde est épaissi, blanc grisâtre, aponévrotique au niveau de la dépression indiquée. Cet état correspond à la péricardite locale déjà mentionnée. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ne sont pas sclérosées non plus que la valvule mitrale. Les cordages ont gardé leur aspect normal, néanmoins on remarque entre la sigmoïde et la mitrale un léger degré d'épaississement sur une étendue de 1 centimètre. Dans les goussets sigmoïdiens il existe également un léger degré d'athérome.

La naissance des coronaires est également athéromateuse, mais sans diminution du calibre, et sans perte de la souplesse ordinaire des artères. Cet état se continue pendant la première partie du trajet des coronaires, mais arrivé au niveau de la branche descendante de la coronaire gauche, on remarque un athérome très marqué des deux branches descendant sur la paroi antérieure du cœur ; elles sont sinueuses, manifestement dures et calcifiées. La branche droite, celle qui se rend à la poche anévrysmale mentionnée, peut-être suivie jusqu'au niveau de la partie supérieure, de celle-ci où

elle s'arrête. L'athérome est distribué sur cette artère par petits nodules isolés les uns des autres, jaunes, du volume d'un grain de millet. La coronaire droite est également athéromateuse, mais dans sa partie descendante seulement, elle l'est toutefois moins que la gauche. Les nodules athéromateux sont surtout manifestes au niveau des éperons formés par la bifurcation successive de l'artère.

Bouisson concluait en disant que l'intégrité du reste du système artériel, la symétrie des lésions, le jeune âge du sujet, l'atteinte des artères du cerveau font penser que la « lésion artérielle, cause de l'anévrysme du cœur, est elle-même sous la dépendance de la syphilis. »

Cette observation montre, à n'en pas douter, que l'anévrysme peut être causé par la syphilis ; c'est là une notion importante et nouvelle, puisque jusqu'à cet auteur on n'incriminait que l'artério-sclérose et, on est en droit de se demander si l'artério-sclérose par laquelle on expliquait le plus grand nombre des anévrysmes cardiaques peut réellement s'appliquer dans tous les cas concernant de jeunes sujets. Il est difficile de l'admettre chez de jeunes sujets de 20 à 30 ans comme ceux cités par Strauch. L'artério-sclérose est une maladie à très longue évolution. La constitution de ses lésions demande un contact prolongé avec l'élément pathogène quel qu'il soit. Or, dans le cas de jeunes sujets il faut admettre un processus plus rapide que n'explique qu'imparfaitement l'artério-sclérose.

Strauch a consacré à l'anévrysme pariétal du cœur une très importante étude en 1900. Sur les 55 cas d'anévrysme cardiaque qu'il a pu réunir, les âges variaient de 20 à 80 ans. Il note la fréquence très

grande de la coïncidence de la néphrite chronique et de l'anévrysme pariétal et se demande si ces deux lésions ne sont pas dues au même agent nocif. Strauch avoue que les autopsies ne jetèrent pas un grand jour sur l'étiologie de la maladie, mais fait remarquer que le rhumatisme et la syphilis furent les seules affections dont les lésions furent anatomiquement constatées.

Il publie quatre observations d'anévrysme d'origine syphilitique, trois chez de jeunes sujets, une chez un homme plus âgé. Mais nous devons faire remarquer immédiatement que la syphilis ne donne que rarement des lésions caractéristiques facilement constatables à l'autopsie ; elle se confond souvent avec d'autres lésions. D'autre part, nous faisons remarquer, et nous devons insister sur ce point, que les moyens d'investigation dont disposaient Strauch et les autres auteurs étaient bien imparfaits ; beaucoup de cas de syphilis passaient inaperçus. Strauch n'avait à sa disposition que l'interrogatoire des malades, mais on sait combien peu il faut compter sur les réponses des malades, soit qu'ils ne veulent répondre, soit qu'ils ignorent leur maladie. L'examen du malade même ne pouvait, non plus être très fertile en enseignements ; on ne pouvait compter que sur la constatation de lésions syphilitiques ; cicatrices, gommes, déformations osseuses, plaques de leucoplasie. Or, il est d'observation courante de révéler par nos moyens modernes d'investigation, une syphilis qui ne se trahissait par aucune lésion extérieure. Actuellement, nous connaissons mieux les signes de la syphilis, et en particulier de la syphilis nerveuse, qui en est une localisation très fré-

quente : céphalée, abolition des réflexes pupillaire, achilléen, rotulien. Nous connaissons de plus la réaction de Bordet-Wassermann et d'autres méthodes plus modernes encore, qui sont le dosage de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien et la numération des lymphocytes dans ce même liquide.

Voici les observations de Strauch concernant de jeunes sujets :

Obs. I, (recueillie à la Clinique médicale, n° 2. — W. L..., 45 ans. Employé de bureau, entre le 14 février 1894.

A souffert, à quatre reprises, depuis plusieurs années de rhumatisme articulaire, chaque crise durant de cinq à six semaines. En 1893, on constate une cardiopathie. Antécédents syphilitiques : actuellement, cyanose, œdème, dyspnée. Signes physiques : battements du cœur à gauche du sternum. Choc de la pointe faiblement perceptible dans le V^e espace intercostal à gauche de la ligne mamelonnaire. Souffle présystolique ; les bruits aortiques sont claqués. Le souffle systolique présente son maximum dans le III^e et IV^e espace intercostal à gauche du sternum ; pouls petit. Mort subite le 29 février 1894. Autopsie : diagnostic, syphilis constitutionnelle, myocardite interstitielle, orchite interstitielle chronique avec vaginalite. Rein scléreux ; pleurite ; dilatation et hypertrophie du ventricule droit. Dilatation du ventricule gauche ; thromboses pariétales multiples. Infarctus des poumons droit et gauche. Anévrysme de la crosse de l'aorte. Endartérite chronique ; thromboses pariétales multiples de l'aorte. Néphrite parenchymateuse.

Examen du cœur. — Dans le péricarde on trouve deux cuillerées à bouche de sérosité. Cœur dilaté, surtout le ventricule gauche, sa longueur de la base à la pointe est de 10 centimètres. A la pointe du cœur se trouve une poche anévrysmale ; thromboses pariétales diffuses, épaisseur de la paroi : un centimètre. Valvules aortiques épaissies et rétractées, particulièrement au niveau des nodules d'Aranzius et de leur bord libre. La crosse de l'aorte présente un anévrysme, son endothélium présente de nombreuses thromboses pariétales.

Obs. II (Charité). — R. H..., 38 ans, serrurier. Entre une première fois, le 29 mai 1891 pour dyspnée. Le choc de la pointe est perceptible. Les battements du cœur se font le long de la ligne mamelonnaire gauche. Souffle systolique à la pointe. Le malade sort amélioré le 25 juin 1891. Entre une deuxième fois le 11 août 1891. Dyspnée plus intense avec sensation d'étouffement, œdème des extrémités. Le cœur semble dilaté. Souffle systolique à la pointe. Mort le 29 août 1891.

Autopsie le 31. — **Diagnostic** : dilatation du cœur. Myocardite interstitielle avec thrombose pariétale du ventricule gauche et de l'oreillette droite. Foie rouge, dur ainsi que le poumon et le rein. Infarctus du poumon. Syphilis constitutionnelle. Orchite interstitielle gommeuse double.

Examen du cœur. — Le péricarde ne contient que très peu de sérosité. Cœur dilaté, surtout les ventricules droit et gauche. On trouve un anévrysme à gauche. Thrombose pariétale de l'oreillette droite et de la cloison inter-ventriculaire. A cet endroit la paroi est transformée en une masse gris-vert et sans consistance.

Résumé. — **Diagnostic clinique** : insuffisance cardiaque. Cas très net d'anévrysme du cœur, sans altération valvulaire. En raison de la syphilis constatée, l'origine syphilitique de l'anévrysme est possible.

Obs. III (Charité). — L. K..., 42 ans. Blanchisseuse. Entre le 14 janvier 1898, travail pénible. Mari mort de tabès, ayant présenté auparavant une syphilis évidente. Œdème, cyanose. Le premier bruit à la pointe est remplacé par un petit souffle systolique ; le deuxième bruit pulmonaire est claqué. Le 18 janvier 1898, infarctus hémorragique du poumon (crachats sanglants, dyspnée). Quitte l'hôpital et rentre un mois après. Souffle systolique à la pointe. Arythmie, œdème. Mort le 1^{er} mars 1898.

Autopsie : syphilis constitutionnelle. Atrophie de la base de la langue à gauche. Infarctus du poumon. Pleurésie. Foie rouge et dur.

Examen du cœur. — Péricarde recouvert de fibrine ; les deux ventricules sont hypertrophiés. Le myocarde présente de nombreux nodules fibreux. Le ventricule droit est dilaté et contient des thromboses pariétales. Les valvules sont

intactes. Les artères coronaires paraissent aussi intactes. L'aorte est étroite, sa paroi est mince.

Résumé. — Cliniquement ce cas donnait l'impression d'une insuffisance mitrale. La syphilis semble être la base de l'étiologie, associée à un travail corporel très dur.

MM. Sézary et Alibert ont observé un cas d'anévrysme pariétal chez un sujet de trente-cinq ans, les premiers signes s'étant manifestés à vingt-cinq ans; le liquide céphalo-rachidien contenait de l'albumine et des lymphocytes. Nous rappellerons plus loin cette observation (1).

En dehors de ces cas, il faut admettre l'intervention de la syphilis dans des observations où elle n'avait été notée qu'accessoirement et ne semblait pas avoir été considérée comme l'origine du processus.

C'est ainsi que Gesland rapporte, en 1895, le cas suivant :

Il s'agissait d'un homme de quarante ans, entrant pour gangrène du gros orteil. Il présente en même temps une insensibilité complète de la région avoisinante. Le malade avait contracté la syphilis à dix-neuf ans; à vingt-neuf ans

1. On peut encore citer à l'appui de l'origine syphilitique de l'anévrysme pariétal du cœur, l'observation suivante, due à M. le professeur Letulle :

Femme syphilitique de 39 ans, atteinte de dilatation bronchique au sommet de chaque poulmon. Elle est emportée par une crise d'asystolie, compliquée d'hémiplégie avec aphasie. A l'autopsie, on constate une thrombose récente de la sylvienne avec ramollissement étendu. Reins scléreux avec infarctus. La paroi inférieure du cœur droit était atrophiée et constituée par du tissu scléreux. Sur les coupes le plus grand nombre des artères coronaires du cœur droit étaient atteintes d'endartérite syphilitique.

Cette observation se rapporte comme on le voit à un infarctus, lésion sur laquelle se développera ultérieurement l'anévrysme pariétal.

il est frappé d'aphasie. Plusieurs jours après l'entrée du malade la gangrène s'étend subitement.

Le pied est œdédié, rouge, le malade meurt deux jours après. L'examen du cœur montre au niveau de la pointe un anévrysme aux parois minces et scléreuses. L'artère coronaire présente une plaque d'athérome (?)

Gesland, dans les commentaires qui suivaient, ne faisait pas remarquer que cette coronarité était d'origine syphilitique comme l'aurait probablement montré un examen microscopique.

Chez les jeunes sujets, il nous semble donc logique d'admettre le rôle prépondérant de la syphilis dans la formation de l'anévrysme cardiaque, lésion qu'à cet âge, on ne peut expliquer par l'artério-sclérose.

Nous pensons que dans l'étude du rôle de la syphilis dans la production de l'anévrysme pariétal du cœur, 2 cas très différents sont à envisager suivant qu'il s'agit de jeunes sujets ou de sujets âgés.

Chez les jeunes sujets, il semble que l'infarctus soit souvent due à l'artérite syphilitique, artérite thrombosante, entraînant l'ischémie des fibres musculaires ; dégénérescence de la région vascularisée en infarctus et production ultérieure de l'anévrysme.

Dans ce cas l'artérite des coronaires est primitive ; la syphilis s'est localisée sur ces artères au même titre qu'elle peut se localiser sur les vaisseaux de l'encéphale.

Chez les sujets âgés, la question est plus délicate encore, car aux lésions de l'artérite syphilitique viennent s'ajouter les lésions de l'artério-sclérose et il devient difficile de faire le partage de ce qui revient à l'une et à l'autre. Mais nous ne devons pas oublier que la syphilis est actuellement considérée comme

un des facteurs les plus importants de l'athérome.

Gaucher disait, en 1901, au Congrès de Dermatologie de Berlin : « De nombreuses observations, je crois avoir le droit de conclure que beaucoup de cas de myocardite, d'artério-sclérose sont d'origine syphilitique, et par artério-sclérose, je n'entends pas seulement l'anévrysme et particulièrement l'anévrysme de l'aorte, mais toutes les localisations de l'artério-sclérose, notamment la néphrite interstitielle et l'hémorragie cérébrale. »

Darier estime que l'artério-sclérose et l'athérome sont très probablement en relation avec des infections diverses et « estime que parmi les causes multiples de cette artério-sclérose, il n'est pas irrationnel, il est au contraire inadmissible et plausible de faire figurer la syphilis agissant directement ou indirectement par des lésions d'organes qu'elle a provoquées ».

Pour Josué les lésions débutent par un véritable syphilome scléro-gommeux de la paroi vasculaire. Les tuniques sont dilacérées par des cellules rondes et des bandes de tissu scléreux qui les envahissent. L'artère réagit par l'apparition de nouvelles cellules musculaires et le clivage de la lame élastique interne. Dans des conditions mauvaises pour subsister, ces tissus ne tardent pas à dégénérer et commencent à présenter soit un ramollissement athéromateux, soit une dégénérescence calcaire pouvant survenir ou primitivement, ou sur une région ayant subi le ramollissement athéromateux. Dans les fines artérioles, le dédoublement de la lame élastique interne ne se fait pas, il se produit seulement une hypertrophie des fibres musculaires, qui mal nourries su-

bissent plus tard la dégénérescence graisseuse, déterminant ainsi l'obstruction du vaisseau.

Dans une statistique publiée en 1912, Ledermann donnait les chiffres suivants : sur 36 cas d'artériosclérose avec aortite, la réaction de Bordet-Wassermann fut trouvée seize fois positive.

On retrouve dans la littérature médicale un certain nombre de cas de sujets âgés ayant eu la syphilis et présentant un anévrysme cardiaque.

Deguy cite le cas observé par Kochtel :

Homme de 55 ans, ayant contracté la syphilis à 24 ans. Dix ans plus tard, éruptions cutanées, apparition d'ulcérations sur les membres, puis apparition de troubles cardiaques, douleurs précordiales, plus tard, dyspnée, cyanose. On note des hyperostoses des tibias et de la sclérose des radiales. Apparition de l'asystolie et mort du malade. L'autopsie révèle une myocardite interstitielle avec anévrysme de la grosseur d'un pois à la pointe du ventricule gauche. La coronaire est épaissie, sclérosée; dégénérescence de quelques fibres musculaires. On note de plus des plaques athéromateuses sur l'aorte.

Bricout cite le cas d'un homme de 58 ans, entrant à l'hôpital avec un syndrome d'asystolie aiguë. C'est un ancien syphilitique. Le malade meurt; à l'autopsie on constate une importante réaction péricardique avec fausses membranes. Au-dessus de la pointe du ventricule gauche, se trouve une voussure d'anévrysme pariétal, communiquant par un pertuis étroit avec la cavité endocardique. Sur les côtés de la poche anévrysmale, le myocarde est sclérosé. Dans la même région se trouvent deux ou trois artérioles scléreuses présentant une endartère très épaissie avec manchon leucocytaire périvasculaire.

Strauch donne enfin l'observation suivante (résumée) :

H... H., 65 ans.

Entre pour angine de poitrine. Le choc de la pointe est

faible et perçu dans le troisième espace intercostal. Il y a un souffle systolique à la pointe ; les bruits du cœur ne sont pas nets. Le pouls est à 120, irrégulier, dicrote, les artères sont dures. Mort.

Autopsie. — Myocardite fibreuse, anévrisme et dilatation du cœur, thrombose pariétale.

Examen du cœur. — Le cœur est plus gros que le poing, les deux ventricules sont dilatés, parois minces. Thrombose pariétale des deux ventricules. Dans le ventricule gauche, en plusieurs points, anévrysmes.

En résumé. — Syphilis constitutionnelle, pas de sclérose des coronaires. Le souffle systolique peut être attribué à l'anévrisme.

Il semble donc logique d'admettre que la syphilis qui s'est révélée souvent un facteur d'artérite au niveau des vaisseaux de l'encéphale, des reins, du cœur, ses sièges de prédilection, joue un rôle dans l'étiologie de ces coronarites athéromateuses à évolution lente qui aboutissent à la nécrose des fibres musculaires et plus tard à l'infarctus et à l'anévrisme.

Quant aux gommès, il semble d'après les auteurs qu'elles ne provoquent que rarement la formation de l'anévrisme, elles aboutissent généralement à la rupture spontanée du cœur.

Pour nous résumer, la syphilis nous semble jouer un rôle important dans la formation de l'anévrisme cardiaque chez les sujets jeunes ; d'autre part, il est très vraisemblable qu'elle est à l'origine de cette affection chez les sujets âgés. Cette étude mériterait d'être reprise à l'aide des données modernes qui nous permettent de dépister la syphilis.

CHAPITRE IV

Signes qui peuvent faire penser à l'anévrysme du cœur et à sa nature spécifique

Notre but n'est pas ici d'insister sur les signes de l'anévrysme, nous voulons surtout rappeler les moyens que nous avons de dépister sa nature syphilitique.

L'anévrysme pariétal, en général, n'est qu'une trouvaille d'autopsie et ce n'est qu'exceptionnellement que le diagnostic clinique a pu être fait. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont extrêmement variés et d'observation banale au cours d'autres cardiopathies; ce sont des palpitations, des douleurs précordiales, de la dyspnée; un syndrome angineux est souvent noté; nous ne parlerons pas de l'asystolie qui est le terme habituel de l'anévrysme de la pointe. Quant aux signes physiques, ils sont pour le plus grand nombre empruntés à d'autres cardiopathies et aucun d'eux n'est pathognomonique; éclat des bruits du cœur ou au contraire leur assourdissement, le bruit de galop à rythme spécial observé par Rendu, le souffle systolique de la pointe, le souffle diastolique de la pointe. Remlinger put faire le diagnostic d'anévrysme cardiaque par la constatation d'un double souffle piaulant dans la région xyphoïdienne. M. le professeur Ménétrier observe un souffle systolique au foyer

pulmonaire dû à la compression de l'artère par l'anévrysme.

À l'heure actuelle un nouveau mode d'investigation vient éclairer le diagnostic, c'est l'examen radiologique ; malheureusement il ne peut donner de résultats dans le cas d'un anévrysme de la pointe, car, comme le fait justement remarquer M. Lutembacher, l'ombre hépatique masque l'anévrysme de la pointe. En dehors de ce cas, elle garde toute sa valeur, c'est ainsi qu'elle permit à M. Krause de porter le diagnostic d'anévrysme cardiaque.

Aucun des signes que nous venons d'énumérer ne peut faire penser à l'origine syphilitique de l'anévrysme pariétal. Nous rappellerons cependant que l'on est en droit, chez les sujets jeunes, de suspecter l'origine syphilitique de cette affection et que les sujets âgés, cette même origine ne doit pas être rejetée de parti pris.

Il convient donc chez les uns et les autres de rechercher si la syphilis n'est pas à la base de l'affection et en conséquence de rechercher les signes de cette infection.

Tout examen doit débiter par la recherche des antécédents, bien que dans le cas particulier elle ne fournisse souvent que des renseignements sujets à caution. Cette recherche portera sur la notion de syphilis, chez les ascendants, et chez le malade même ; elle portera aussi sur les maladies antérieures. On serait, en effet, en droit de soupçonner l'origine syphilitique d'une cardiopathie, en présence d'un sujet jeune syphilitique, porteur d'une affection cardiaque dont on ne peut retrouver l'origine dans les antécédents. Mais il convient de ne pas attacher une

importance exagérée à ces commémoratifs, soit que le sujet nie ou même ne connaisse son affection, soit encore que d'autres infections et intoxications existent en même temps qu'elle.

Certains faits pourront immédiatement attirer l'attention sur l'origine syphilitique possible de l'affection : des cicatrices, un ictère trahissant une hépatite syphilitique. Certaines affections comme la constatation chez un sujet jeune d'une hémiplegie, d'aphasie brusque. Le tabès peut être considéré comme un signe de certitude de l'origine syphilitique de l'affection.

Cependant il faudra se livrer à un examen complet du malade, rechercher les stigmates possibles de la syphilis : les plaques de leucoplasie, les ganglions. Les signes de syphilis nerveuse devront être recherchés dans tout cas suspect, ce sont la céphalée, l'abolition des réflexes tendineux, le signe d'Argyll Robertson.

Enfin nous possédons actuellement des méthodes de laboratoire, offrant une garantie certaine et que le médecin ne doit pas hésiter à employer dans les cas douteux. La réaction de Bordet-Wassermann est la plus ancienne, malheureusement elle n'a de valeur que si elle est positive et son interprétation est parfois délicate. Plus modernes sont les recherches sur le liquide céphalo-rachidien. On peut faire la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide.

La lymphocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sont des raisons suffisantes pour suspecter la syphilis chez un malade, et à ce propos nous rappellerons le cas suivant que rapportèrent, en janvier 1922, MM. Sécary et Alibert.

Homme de 35 ans, chauffeur, entre à l'hôpital en octobre 1921 pour toux et point de côté. En 1917, le malade est réformé pour bacillose pulmonaire, l'examen des crachats est et reste négatif. En novembre 1921, on constate de l'opacité du sommet droit avec craquements dans la même région.

Le malade dit éprouver depuis 1911, à l'occasion de tout effort, une douleur s'accompagnant d'une sensation de resserrement du cœur, sans irradiation mais accompagnée de dyspnée. L'auscultation ne montre qu'un éclat exagéré du premier bruit à la pointe, éclat augmentant quand le malade accomplit un effort; la pointe est mobile. La tension artérielle et le pouls sont normaux. La pression exercée dans le sixième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire provoque de la douleur. L'examen radioscopique pratiqué par le Dr Lomon montre sur la paroi du ventricule gauche une poche dont les parois sont animées de contractions synchrones à ceux du ventricule gauche, de plus le fond de la poche subit des mouvements d'expansion systolique. Sous différentes incidences la poche présente toujours le même caractère. Cette déformation en sabot du cœur, avait déjà été constatée en 1917 mais n'avait pas été à cette époque, rapportée à sa véritable cause.

En octobre 1921, la réaction de Wassermann est négative, les réflexes pupillaire, achilléen, rotulien sont normaux. Depuis mars 1915, le malade se plaint de céphalée, surtout nocturne. On pratique l'examen du liquide céphalo rachidien, on trouve 5 leucocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte, 80 centigrammes d'albumine, mais la réaction de Wassermann y est négative.

Le malade présente des plaques blanches commissurales.

Ces signes malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, malgré le Wassermann positif, paraissent à MM. Sézary et Alibert des arguments suffisants pour suspecter l'origine syphilitique de cet anévrysme pariétal.

En résumé, le médecin doit utiliser toutes les méthodes dont dispose la clinique moderne pour dépister la syphilis, et nous ne saurions trop insister

sur l'importance du diagnostic étiologique, car l'anévrysme pariétal laissé à lui-même a une évolution fatale. Ses terminaisons habituelles sont soit l'asystolie, soit la thrombose, l'embolie et le plus souvent la rupture du cœur.

On voit donc quel intérêt il y a à faire un diagnostic précoce de l'anévrysme pariétal et à dépister son origine syphilitique pour les soumettre au traitement approprié. A l'heure actuelle il est certain que seuls les anévrysmes de nature syphilitique sont justifiables du traitement. Nous manquons actuellement de documents parce que l'attention n'avait pas été attirée sur ce point et nous espérons qu'à l'avenir on ne négligera pas ce point et c'est dans ce but que nous avons entrepris ce travail.

CONCLUSIONS

1° L'anévrysme cardiaque peut être de nature syphilitique comme en font foi un certain nombre d'observations que nous avons réunies dans ce travail.

La syphilis doit donc être considérée avec et après l'artério-sclérose comme un facteur possible de cette affection ;

2° La syphilis intervient dans l'anévrysme cardiaque du sujet jeune où l'artério-sclérose ne peut être incriminée ;

3° Il est vraisemblable qu'elle est également la cause de l'anévrysme pariétal chez un certain nombre de sujets âgés ;

4° La recherche de la syphilis chez les malades atteints d'anévrysme pariétal est très importante, car cette affection cardiaque est au-dessus des ressources de la thérapeutique et ne saurait être enrayée que si la nature spécifique est démontrée et sous l'action du traitement.

Vu : le Président de la thèse,
LABBÉ

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Basset-Smith.* — British Medical Journal, 1908.
Bonisson. — Société anatomique, 1889.
Breitmann. — Gazette des Hôpitaux, 1903.
Barié. — Maladies du cœur et de l'aorte.
Bricout. — Thèse de Paris, 1911.
Cecikas. — Syphilis du cœur (Revue de Médecine, 1904).
Constantin (Paul). — Société médicale des Hôpitaux, 1885.
Darier. — Artérites syphilitiques.
Debove et Tremollières. — Journal médical français, 1910.
Josué. — Traité de l'artério-sclérose.
Drennen. — Artério-sclérose et syphilis (Journal of American medical Association).
Deguy. — Le cœur et l'aorte des syphilitiques. Thèse Paris, 1900.
Guronnaud. — Syphilis du Cœur. Thèse Paris, 1910.
Gesland. — Société anatomique, 1895.
Herzog. — Berliner Klinische Wochenschrift.
Huchard et Fiessinger. — Revue de Médecine, 1907.
Krause. — Berlin. Klin. Wochen., 1919.
Letulle. — Société anatomique, 1892-1910.
— Syphilis artérielle (Presse médicale, 1896).
Marie. — Thèse de Paris, 1896.
Lutembacher. — Archives Mal. du cœur, 1920.
Ménétrier et Pascano. — Société médicale des Hôpitaux, 1915.
Sézary et Alibert. — Société médicale des Hôpitaux, 1922.
Sternberg. — Société médicale de Vienne, 1911.
Strauch. — Zeits. fur. Klin. Medic., 1900.
Vaquez. — Maladies du cœur.
Letulle et Natan-Larier. — Anatomie pathologique.

